VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

Reklamace nedoručené úhrady/opakované vyplacení přeplatku

na doplatcích na léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely

Jméno a příjmení pojištěnce: .....

Číslo pojištěnce (RČ): .....

Telefonický kontakt: .....

E-mailový kontakt: .....

Požadavek[i]:

1. Reklamace nedoručeného přeplatku z vyúčtování:
2. Žádám o opakované vyplacení přeplatku na doplatcích na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů:

Za čtvrtletí/rok: ……

Částka Kč: ……

Přeplatek vyplaťte na **bankovní účet**:

č.: ..... - ..... / …….
předčíslí číslo účtu kód banky

Složenkou na adresu:[ii] ……

……

V ..... dne .....

.....
podpis pojištěnce / zákonného zástupce / opatrovníka [iii]

Uvedené osobní údaje jsou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR zpracovávány za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění podle právního řádu ČR. Jejich zpracování se řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů.

---

[i] Nehodící se škrtněte.
[ii] V případě, kdy klient nedisponuje bankovním účtem.
[iii] V případě, že se jedná o nezletilého klienta či klienta, za kterého jedná opatrovník, je nutné tuto skutečnost zákonným způsobem doložit (např. rodným listem, ověřenou kopií rozhodnutí soudu atd.).